**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOPEDAGOGIA PARA O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DO DEFICIENTE INTELECTUAL**

**Maria do Carmo Gonçalves da Silva Lima**

**RESUMO**

A presente pesquisa tem como objetivo analisar as contribuições da Psicopedagogia para o processo ensino-aprendizagem do deficiente mental. Para que este objetivo pudesse ser alcançado, tornou-se necessário compreender a trajetória desta deficiência em diferentes períodos, sendo possível compreender os embates advindos nas diferentes épocas, na busca por compreender a deficiência mental. Nesse sentido, buscou-se descrever as especificidades da deficiência e discorrer sobre a importância da atuação do psicopedagogo e as formas de intervenção. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de análise de teses, dissertações e artigos que versam sobre o tema. Por meio do estudo realizado, concluiu-se que a intervenção psicopedagógica, é fundamental para os alunos portadores de deficiência intelectual, tendo como meta auxiliá-los e capacitá-los para superação de suas limitações.

Palavras-chave: Deficiente Mental; Deficiente Intelectual; Psicopedagogia Clínica e Institucional.

**1. INTRODUÇÃO**

A Psicopedagogia é uma práxis que busca a prevenção das dificuldades para os indivíduos, de modo geral, não se limitando apenas a tratar as dificuldades no processo de ensino-aprendizagem. A intervenção psicopedagógica se dá por meio da compreensão e da utilização de instrumentos e de técnicas específicas que objetivam tratar dos problemas de aprendizagem.

Em nosso estudo, buscamos compreender as especificidades da deficiência intelectual e a contribuição da Psicopedagogia no processo ensino-aprendizagem do deficiente mental.

No desenvolvimento da pesquisa, primeiramente analisamos como se deu o entendimento acerca da deficiência mental no decurso do movimento histórico. Compreendemos que foi a partir da compreensão científica sobre a deficiência mental, que houve a busca por métodos educacionais que favoreceram a inserção dos indivíduos deficientes nos âmbitos educativos e, consequentemente, atuantes na sociedade.

No decorrer da história as concepções acerca da deficiência mental já foram denominadas como: idiotia, debilidade mental, prejuízo mental e subnormalidade mental. Nos últimos anos, os termos em geral utilizados são retardo mental, deficiência mental e mais recentemente deficiência intelectual (DI) (AMARO, 2007).

A 9ª edição da Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) caracteriza a deficiência mental:

[...] por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existente ao mesmo tempo com limitações relacionadas em duas ou mais áreas das seguintes áreas de habilidade adaptativas aplicáveis: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. [...] manifesta-se antes dos 18 anos (AAMR, 2002 apud AMARO, 2007, p. 50).

Assim, buscamos compreender as especificidades da deficiência intelectual e as contribuições da Psicopedagogia para a promoção da aprendizagem do indivíduo portador da deficiência.

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que visaram a análise de diferentes obras já publicadas que versam sobre o tema e que contribuíram para a fundamentação da pesquisa.

**2. TRAJETÓRIA E DEFINIÇÃO DA DEFICIÊNCIA MENTAL**

A compreensão acerca da deficiência mental até o século XVII, sempre esteve atrelada ao ocultismo e ao misticismo. No período compreendido como Idade Média, entendia-se que os problemas mentais eram oriundos de questões espirituais e que cabia a Igreja a tarefa de solucionar tais problemas, pois cria-se que os doentes mentais possuíam a presença do demônio e somente a intervenção divina poderia libertá-los da possessão do maligno. Nos palácios dos nobres, os retardados mentais serviam como “bobos da corte”, tendo como tarefa divertir a nobreza.

Nas análises da pesquisadora Keila Pires Amaro (2007), foi somente no período do Renascimento, com o ideal humanista e a prevalência da racionalidade, que a condição do deficiente mental passou a ser compreendida de modo diferente. Nesse período, a investigação científica acerca da deficiência mental ampliou-se gradativamente.

Para o médico psiquiatra Stanislau Krynsky (1969)[[1]](#footnote-1), a primeira descrição científica da deficiência mental data do século XVII, quando o médico e alquimista Paracelso (1492-1541) fez uma descrição da deficiência mental em sua obra *Opera Omnia*. De acordo com Amaro (2007, p. 19): “Já no fim da Idade Moderna é publicado o livro *Traité du goître et du* *crétinisme*, do francês François Emmanuel Fodéré (1764-1835), considerado como o primeiro livro importante sobre a questão”.

Nas pesquisas de Amaro (2007, p. 19), no século XIX efetivou-se o estudo científico da deficiência mental. Assim:

O estudo da deficiência mental teve um importante papel no desenvolvimento da medicina e dos procedimentos de investigação. Surgiram na educação os métodos pedagógicos voltados à educação dos deficientes mentais, contribuições vindas dos estudos dos médicos franceses Jean-Marc Gaspard Itard (1774-1838) e Èdouard Séguin (1812-1880).

No entanto, segundo Amaro (2007, p. 20): “Até a metade do século XIX, a deficiência mental ainda era confundida com a loucura ou como uma forma de alienação mental”.

No final do século XIX, a abordagem psiquiátrica promove uma reorientação das doenças mentais. Em 1899 a deficiência mental foi definida em termos psicométricos a partir do trabalho de Alfred Binet (1857-1911), através da criação de uma escala métrica de inteligência. Assim,

Este psicólogo publica o primeiro teste de inteligência, conhecido com o teste Binet-Simon, elaborado por ele e o médico Theodore Simon. A referida testagem foi estruturada a partir da observação de suas duas filhas e compreendia a realização de tarefas intelectuais para possibilitar a identificação da idade mental das crianças. A proposição inicial deste psicólogo surge da sua preocupação em relação aos alunos que não conseguiam aprender nas escolas públicas de Paris. Parte do pressuposto de que a inteligência não havia se desenvolvido de forma satisfatória. Binet propõe a construção de um instrumento diagnóstico capaz de medir a inteligência das crianças, e, a partir deste, decidir qual a intervenção educacional mais apropriada a cada uma delas. Dessa forma, com o objetivo de conhecer o potencial global da criança, construiu uma ampla série de tarefas organizadas por grau de dificuldade, em busca de um valor numérico capaz de representá-lo. A proposta de medição do quociente de inteligência de Binet, posteriormente, constitui-se em escala de medida de inteligência (atualmente conhecida como Stanford-Binet), permitindo o estabelecimento de comparações entre o desenvolvimento “normal” e o “atrasado”. Com esse trabalho, Binet oferece elementos para o diagnóstico psicológico da deficiência mental, ao mesmo tempo em que a deficiência mental deixa de ser uma atribuição somente da medicina e passa a pertencer à psicologia como questão teórica. Os efeitos dessa proposta de medição são observados em classificações e rotulações de deficiente mental e/ou limítrofe, usados para designar a incapacidade intelectual dos sujeitos que não correspondem às medidas padrão dos testes de inteligência.[...] Atualmente as escalas de medição da inteligência ainda são amplamente usadas – inclusive por serem propostas como instrumentos diagnósticos nos manuais classificatórios – apesar das críticas e problematizações quanto a sua utilização (BRIDI; BAPTISTA, 2014, p. 502-503).

Para Amaro (2007, p. 21): “A psicometria é definida então como o estudo da medida da inteligência e apresenta dois conceitos básicos: a idade mental e o quociente intelectual, ambos referidos à inteligência”.

Nos estudos psicométricos, uma pessoa é considerada deficiente mental quando atinge menos de 70 pontos em seu quociente intelectual. Então, quanto menor for a pontuação alcançada na escala psicométrica, maior o grau de deficiência intelectual, como mostra a tabela a seguir:

**Quadro 1: Classificação da deficiência mental de acordo com o DSM-IV e pela Organização Mundial da Saúde**

|  |  |
| --- | --- |
| **Níveis de Retardo Mental** | **Classificação do Q. I.** |
| Leve | QI 50-55 a aproximadamente 70 |
| Moderado | QI 35-40 a 50-55 |
| Severo | QI 20-25 a 35-40 |
| Profundo | QI abaixo de 20 ou 25 |

Fonte: Amaro (2007, p. 43).

Nos estudos do médico Stanislau Krynski (1969), a conceituação da deficiência intelectual pode ser assim categorizada.

**Quadro 2: Os quatro níveis da Deficiência Mental**

|  |  |
| --- | --- |
| Deficientes mentais profundos | São todos aqueles incapazes de se beneficiarem de qualquer tipo de treinamento ou educação. Necessitam de assistência por toda a vida. |
| Deficientes mentais severos | Necessitam em sua maioria, assistência permanente. |
| Deficientes mentais moderados | São aqueles capazes de aproveitar os programas de treinamento sistematizados. Apresentam, em grande número, problemas neurológicos (cegueira, surdez, distúrbios motores). |
| Deficientes mentais leves | Cerca de 85% dos deficientes estão neste plano, o que exige uma assistência adequada (médica, psicopedagógica e social). |

Fonte: Krynski (1969, p. 14).

Ainda, segundo a pesquisadora Keila Pires Amaro (2007, p. 22), o enfoque psicométrico é bastante criticado por diferentes autores, por ser considerado limitado quanto aos possíveis tratamentos da deficiência mental. Sendo que o teste “[...] não oferece indicações sobre como intervir, educar e reabilitar aqueles diagnosticados como deficientes mentais, permanecendo seu foco na identificação do problema”.

De acordo com os pesquisadores Bárbara, Ferreira e Rodrigues (2018), os fatores de risco para a deficiência intelectual podem ser de origem pré-natais, perinatais ou pós-natais, como se encontra descrito nos quadros a seguir.

**Quadro 3: Causas de deficiência intelectual no período pré-natal.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIOMÉDICAS** | **SOCIAIS** | **COMPORTAMENTAIS** | **EDUACIONAIS** |
| Desordens cromossômicas. | Pobreza | Uso de drogas pelos pais. | Prejuízo cognitivo dos pais. |
| Desordens gênicas. | Desnutrição materna. | Uso de álcool pelos pais | Falta de preparo para a maternidade/paternidade. |
| Síndromes. | Violência doméstica. | Fumo. |  |
| Desordens motoras. | Falta de cuidados pré-natais. | Imaturidade parental. |  |
| Disgenesia cerebral. |  |  |  |
| Idade parenteral |  |  |  |

Fonte: Bárbara; Ferreira; Rodrigues (2018, p. 26).

**Quadro 4: Causas de deficiência intelectual no período perinatal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIOMÉDICAS** | **SOCIAIS** | **COMPORTAMENTAIS** | **EDUCACIONAIS** |
| Prematuridade. | Falta de acesso aos cuidados do parto. | Rejeição dos pais ao cuidado da criança. | Falta de encaminhamento para a intervenção após a alta hospitalar. |
| Lesão no nascimento. |  | Abandono da criança pelos pais. |  |
| Desordens neonatais. |  |  |  |

Fonte: Bárbara; Ferreira; Rodrigues (2018, p. 26).

**Quadro 5: Causas de deficiência intelectual no período pós-natal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIOMÉDICAS** | **SOCIAIS** | **COMPORTAMENTAIS** | **EDUCACIONAIS** |
| Lesão cerebral traumática. | Pobreza familiar. | Abuso e negligência da criança. | Prejuízo cognitivo dos pais. |
| Desnutrição | Cuidador da criança incapacitado. | Violência doméstica. | Diagnóstico retardado. |
| Meningite encefalite | Falta de estimulação adequada. | Medidas de segurança inadequada. | Serviços de intervenção precoce inadequados. |
| Desordens convulsivas | Doença crônica na família. | Privação social. | Serviços educacionais especiais inadequados. |
| Distúrbios degenerativos | Institucionalização. | Comportamentos infantis difíceis. | Apoio familiar inadequado. |

Fonte: Bárbara; Ferreira; Rodrigues (2018, p. 26).

Anteriormente ao desenvolvimento do conhecimento científico acerca da deficiência mental, pensava-se que o desenvolvimento intelectual se concluía por volta dos dezesseis anos, não havendo mais reorganização das estruturas mentais a partir desse período. Para os deficientes mentais, fazia-se necessário a elaboração de métodos de ensino adequados ao ritmo de desenvolvimento próprio do indivíduo.

Havendo essa preocupação referente a organização de novos métodos de ensino, Krynski (1969), afirma que foram fundadas escolas, institutos, oficinas, publicação de trabalhos científicos, revistas, livros em número cada vez maior. Diversas organizações se estruturaram inicialmente locais, depois nacionais e logo internacionais. No século XX, surgem educadores idealistas como Johann Heinrich Pestalozzi, Froboel e Maria Montessori.

Em 1876, foi fundada por pais de deficientes mentais, a Associação Americana de Retardo Mental – AAMR. Tendo como objetivo promover políticas, pesquisas e intervenções eficazes voltadas para o deficiente mental, bem como a defesa de seus direitos (AMARO, 2007).

Em 1962, nos Estados Unidos o presidente Kennedy instituiu a Comissão Presidencial, encarregada de subsidiar o Plano Nacional para o combate à deficiência mental, apresentando as recomendações e propostas necessárias para um novo entendimento da questão da deficiência mental.

Assim, tendo como premissa a inclusão social das pessoas com deficiência mental, foi mudado em 1º de janeiro de 2007, o nome da instituição (AAMR) para *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD). Em português: Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento.

Segundo a pesquisadora Teresa Cristina Coelho dos Santos:

Esta mudança foi amplamente aprovada pelas pessoas com deficiência intelectual, membros de suas famílias e pela sociedade em geral, pois, esta instituição de renome mundial referendava uma nova terminologia, considerando-a mais adequada aos tempos atuais. Isso contribuía para resgatar a verdadeira imagem, os direitos, a dignidade e as competências das pessoas com deficiência intelectual, com o objetivo maior de garantir-lhes participação plena, compartilhada junto aos demais cidadãos em todos os aspectos da vida (SANTOS, 2012, p. 54-55).

A nomenclatura utilizada para se referir a pessoa com deficiência também passou por mudanças: de Deficiência Mental (DM) para Deficiência Intelectual (DI). Para Anamaria Harumi Tamanaha Duarte (2015, p. 11):

Entre as várias terminologias já utilizadas oficialmente, Deficiência Intelectual foi divulgada para substituir o termo deficiência mental após a publicação da Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual, realizada em outubro de 2004. Desde então, essa terminologia tem sido utilizada, fazendo parte de documentos oficiais do Governo Federal e outros.

Nesta perspectiva, a deficiência intelectual passa a ser compreendida como um déficit cognitivo e não como uma incapacidade do indivíduo. Visando a sua inserção social e educacional dentro dos seus limites, mas valorizando suas capacidades e permitindo aos deficientes serem cidadãos em sua plenitude. Nesse sentido, Duarte (2015, p. 11) afirma que: “Assim, as limitações deixam de ser observadas como dificuldade exclusiva da pessoa deficiente (perspectiva quantitativa da inteligência), passando a ser consideradas como limitações do contexto social que deve buscar e ofertar os apoios que ela necessita”.

De acordo com Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento (AAIDD), a deficiência intelectual é definida como:

Uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, e está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Esta incapacidade tem início antes dos 18 anos (AAMR, 2006, p. xi apud AMARO, 2007, p. 59).

Nesse sentido, o objetivo da AAIDD é definir teoricamente a deficiência intelectual numa abordagem multidimensional, no intuito de direcionar o planejamento de intervenções apropriadas para o desenvolvimento do indivíduo.

A AAIDD afirma que as capacidades do deficiente intelectual são definidas ou classificadas por meio de cinco dimensões: habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, participação, interações sociais, saúde e contexto de vida.

Para Keila Pires Amaro (2007, p. 59: “A visão a partir destas formulações é a do déficit, ou seja, um deficiente mental é diagnosticado como tal quando apresentar um ou mais déficits no conjunto dos comportamentos adaptativos comuns na sociedade em que ele está inserido”.

Assim, a AAIDD acredita que será por meio de um ambiente que favorece o desenvolvimento, o crescimento e o bem-estar de um indivíduo, que o deficiente intelectual pode participar dos laços sociais e, por meio dessa construção, poder estar inserido nos papeis sociais da sociedade em que ele estiver envolvido (AMARO, 2007).

É importante compreender que as deficiências se manifestam por meio de diferentes formas e sintomas. Dessa forma, [...] “é importante que o profissional de educação esteja devidamente informado a respeito das variadas síndromes e transtornos que podem desencadear a deficiência intelectual” (BÁRBARA; FERREIRA; RODRIGUES, 2018, p. 27). Algumas da síndromes e deficiências que desencadeiam a deficiência intelectual encontram-se relacionadas no quadro abaixo.

**Quadro 7: Causas mais comuns da Deficiência Intelectual**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CAUSA** | **CARACTERÍSTICA** | **MANIFESTAÇÃO** |
| Síndrome  de Down. | Hipotonia; abertura das pálpebras inclinada; boca pequena com tendência à projeção da língua; mãos, orelhas e dentes pequenos; pescoço e dedos curtos; cabelos finos e lisos; baixa estatura e tendência à obesidade. | Atraso nas funções mentais, motoras e no desenvolvimento da linguagem; leva mais tempo na execução de tarefas e na aprendizagem. |
| Síndrome do álcool fetal. | Lábio superior fino e filtrolabial plano e alongado; fissuras palpebrais curtas; ptose; nariz arrebitado e face média achatada. Pode também apresentar fenda labial ou palatina; atraso do crescimento pré e pós-natal; microcefalia; agenesia do corpo caloso; cardiopatia congênita e anormalidades do comportamento. | Disfunção do Sistema Nervoso Central; déficit neurológico; pobre coordenação motora entre a visão e o movimento das mãos; dificuldades de aprendizagem; alteração comportamental e de memorização, atenção e julgamento. |
| Esclerose Tuberosa. | Podem surgir lesões na pele, nos ossos, dentes, rins, pulmões, olhos, coração e sistema nervoso central; lesões na retina e lesões cerebrais. | Depressão; transtorno do espectro autista; hiperatividade; déficit de atenção; insociabilidade; lesões de retina; lesões renais. |
| Hipotireoidismo Congênito. | Quando não tratada, pode provocar atraso de crescimento e de desenvolvimento neuropsicomotor, como demora para sustentar a cabeça e para sentar e dificuldade para mamar; crescimento e ganho de peso inadequados com edema importante de mãos e pés que podem aumentar progressivamente; aumento do volume cervical; frequência cardíaca baixa; sonolência em todos os períodos do dia e comunicação pobre. | A maior sequela do período que a criança permaneceu em hipotireoidismo é o comprometimento do desenvolvimento cognitivo e deficiência de aprendizado que pode se prolongar por toda a vida. |
| Toxoplasmose Congênita. | O bebê pode ter a cabeça pequena; ter Icterícia; apresentar o fígado e o baço aumentados; inflamação do coração, dos pulmões, ou dos olhos; erupções; pressão do líquido cefalorraquidiano elevada devido ao aumento de sua quantidade que rodeia o cérebro ou à presença de depósitos de cálcio no cérebro e convulsões; em alguns casos, bebês que apresentam tais sintomas adoecem gravemente, morrendo pouco depois. | Lesões permanentes, incluindo inflamação do interior do olho; deficiência intelectual; surdez e convulsões. |
| Autismo Clássico. | Não apresenta caracterização física diferenciada, apresentando dificuldade em acariciar; ausência de contato visual, de respostas fisionômicas e de resposta à voz dos pais. | Limitações de comunicação; comportamentos inadequados; isolamento do ambiente e fuga da realidade. Crianças autistas não costumam brincar nem fazer amizades por não ter uma percepção correta das necessidades alheias. |
| Síndrome de Asperger. | Não apresenta caracterização física diferenciada, mas podem apresentar atraso na fala; dificuldade no uso do olhar e na comunicação não verbal; apego a rotinas e rituais; dificuldades para com mudanças; atraso no desenvolvimento da coordenação motora e hipersensibilidade sensorial. | Interesses restritos e intensos; dificuldades de interpretação em situações mais elaboradas; pensamento concreto; falta de autocensura; dificuldades para expressar e entender emoções; dificuldade em generalizar o aprendizado e na execução de tarefas. |
| Síndrome de Rett. | É uma condição caracterizada por deterioração neuromotora em crianças do sexo feminino, que pode ser agravada pela ocorrência de Epilepsia, crises hipoxêmicas e apnéia, o que compromete a sobrevida da paciente. | Desaceleração do crescimento cefálico entre a idade de 5 a 48 meses; perda de habilidades manuais voluntárias anteriormente adquiridas entre a idade de cinco e 30 meses; desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados das mãos, como gestos de torcer ou lavar as mãos; perda do envolvimento social no início do transtorno (embora em geral a interação se desenvolva posteriormente); Incoordenação da marcha ou dos movimentos do tronco; desenvolvimento das linguagens expressiva ou receptiva severamente comprometido, com severo retardo psicomotor; deficiência múltipla severa. |
| Transtorno Desintegrativo da Infância. | Ocorre após a criança ter alcançado 3 ou 4 anos de desenvolvimento normal; possui espectro autista, só que mais grave e pode associar a Epilepsia. | Perda das habilidades sociais e comunicativas; retardo mental; transtornos de fala; incapacidade para o autocuidado. |
| Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. | Desaceleração do crescimento cefálico; atraso no desenvolvimento da fala e do caminhar; espectro autista. | Alteração das interações sociais e de comunicação geral; dificuldade de contato físico; interesse restrito, estereotipado e repetitivo. |
| Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. | Desenvolvimento inadequado da atenção e das habilidades motoras, hiperatividade, impulsividade, irritabilidade, insônia ou falta de qualidade de sono, podendo apresentar co-morbidade com outras síndromes. | Desatenção, alheamento, irritabilidade, choro fácil, ansiedade, dificuldade de concentração, dificuldade para seguir instruções ou cumprir ordens, distrai facilmente, pode desenvolver depressão. |

Fonte: Bárbara; Ferreira; Rodrigues (2018, p. 29).

Segundo Stanislau Krynski (1969, p. 1), a deficiência intelectual não se trata “[...] de uma moléstia única, mas sim de um complexo conjunto de síndromes das mais variadas etiologias e quadros clínicos diferentes cujo único denominador comum é a insuficiência intelectual [...]”. Por ser a deficiência intelectual o resultado de várias síndromes, Krynski, ainda acrescenta que “[...] o problema da deficiência mental envolve uma gama enorme de aspectos os mais diversos, desde o seu polo biológico médico, até problemas sociais, de legislação, trabalho, previdência social, etc. [...]” (KRYNSKI, 1969, p. 1).

Para o médico psiquiatra, a capacidade de atuação do deficiente mental dependerá em grande parte de sua saúde. Portadores de epilepsia ou paralisia cerebral, terão suas condições afetadas devido as lesões ocorridas no cérebro que prejudicam partes do corpo.

Todavia, será por meio das diferentes redes de apoio que se poderá proporcionar oportunidades ao deficiente que visem melhorar o seu funcionamento e o seu bem-estar, nos diversos aspectos da vida humana como: desenvolvimento, ensino e aprendizagem, vida doméstica, vida em comunidade, emprego, saúde, segurança, comportamento social, proteção e defesa.

Nesse sentido, a intervenção psicopedagógica torna-se essencial para o pleno desenvolvimento das capacidades do indivíduo com deficiência intelectual.

**3. CONTIRBUIÇÕES DA PSICOPEDAGOGIA PARA O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM**

A intervenção psicopedagógica tem como meta identificar, planejar e desenvolver meios para a inserção do aluno com deficiência intelectual no meio social em que está inserido, e nos diferentes setores da sociedade.

Sendo a Psicopedagogia uma união entre os estudos referentes a Pedagogia e a Psicologia, o objetivo desta ciência é compreender “[...] os processos cognitivos, emocionais, sociais, culturais, orgânicos e pedagógicos, que interferem na aprendizagem, a fim de possibilitar situações que resgatem o prazer de aprender em sua totalidade [...]” (ARAÚJO, 2007, p. 1).

Sendo assim, a atuação do psicopedagogo junto ao indivíduo deficiente intelectual é atendê-lo em sua individualidade e auxiliá-lo nas diferentes tarefas e para além delas, com o propósito de instigá-lo ao prazer de aprender e, dessa forma, proporcionar ao aluno a aquisição de vínculo com o objeto do conhecimento.

No contexto escolar, de acordo com Bárbara; Ferreira e Rodrigues (2018, p. 33), “a autuação do psicopedagogo tem caráter preventivo e saneador, sendo desenvolvido na instituição, junto aos professores, com os pais e com os próprios alunos”. De forma especifica, pode ser descrito da seguinte forma:

* **Trabalho psicopedagógico preventivo**: Envolvimento com os professores preparando-os para trabalhar com a diversidade, prevenindo-os quanto à necessidade do uso de recursos diversificados e estímulos específicos; detectar alterações no processo de aprendizagem, promovendo orientações metodológicas e atitudinais; proporcionar estímulos adequados de forma a complementar ou suplementar a aprendizagem; auxiliar na elaboração do Projeto Político Pedagógico e demais projetos desenvolvidos pela escola; estimular a equipe pedagógica a utilizar-se de recursos lúdicos, estimulando o prazer em aprender.
* **Atendimento psicopedagógico institucional escolar**: Realizar atendimento pedagógico individualizado e/ou em grupos pequenos; orientar os alunos sempre que necessário; auxiliar os professores quanto à melhor forma de estudos de acordo com as dificuldades apresentadas pelos educandos; ouvir atentamente os alunos, verificar seus cadernos observando erros e orientando quanto às formas de saná-los; proceder às avaliações diagnósticas; fazer os encaminhamentos, se e quando necessários.
* **Orientação aos professores**: Auxiliar os professores no sentido de valorizar as diferenças, a descobrir e potencializar capacidades, a trabalhar o cooperativismo, a trabalhar de forma diversificada, a avaliar de forma permanente e qualitativamente; suprir as dificuldades individuais; orientar quanto ao uso da melhor didática e quanto à utilização da tecnologia em benefício do trabalho docente.
* **Orientação aos pais**: Realçar a importância destes ao lado de seus filhos, com ou sem deficiências; orientá-los quanto à importância do elogio, do abraço, da brincadeira e até mesmo da colaboração dos filhos em algumas atividades domésticas; enfatizar a importância do diálogo, das brincadeiras, da valorização dos avanços e das superações, da necessidade de ouvi-los e de olhar para eles enquanto falam; de incentivá-los quanto à autonomia e ao autocuidado, sendo auto responsáveis; reforçar a valorização da rotina, da importância de se dar orientações e comandos claros, de auxiliá-los e estimulá-los nas brincadeiras mais simples; de permitir e respeitar escolhas; de complementar o trabalho pedagógico da escola; entre outras orientações.
* **Orientações aos alunos**: Tendo em vista que cada indivíduo é único e consiste em um ser humano em processo de desenvolvimento, o psicopedagogo deve dialogar e interagir periodicamente com os alunos com deficiência intelectual; deve ouvi-los com atenção; observar e avaliar a comunicação não verbal; auxiliá-los na descoberta de seus talentos, estimulando-os e potencializando suas qualidades (BÁRBARA; FERREIRA; RODRIGUES, 2018, p. 33-34).

Para Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934), o homem é um ser social, constituído através da relação dialética entre o indivíduo, a sociedade e a natureza, relação essa mediada por sistemas simbólicos que envolvem os instrumentos e os signos. Para Vygotsky, o aprendizado acontece a partir da fala, da argumentação e de um posicionamento do homem frente ao objeto de conhecimento, num contexto de mediação, de interação social (AMARO, 2007).

De acordo com Amaro (2007, p. 46), “Vygotsky considerava uma pessoa com deficiência apenas como diferente, e não como deficiente. Ele se recusava a olhar para o que faltava a essa pessoa, ou para aquilo que ela nunca viria a ter”. Para o psicolólogo, uma deficiência era agravada por interações insuficientes do indivíduo com as pessoas, com a sociedade, e quanto mais excluído ele estivesse do meio social, maiores seriam suas dificuldades para o desenvolvimento.

Nesse sentido, a Psicopedagogia busca oportunizar a criança, à inserção ao meio social, por utilizar instrumentos que capacitam o aluno n o desenvolvimento de suas potencialidades.

Segundo o professor Vítor da Fonseca, a mediação

é uma estratégia de intervenção que subentende uma interferência humana, uma transformação, uma adaptação, uma filtragem dos estímulos do mundo exterior para o organismo do indivíduo mediatizado. O indivíduo mediatizado, como sistema auto-plástico, isto é, com sistema emocional e cognitivo (uma vez que é impossível separar o fator cognitivo do seu componente energético-afetivo), é modificado estruturalmente pelo efeito de certas condições de atenção, de percepção, de focagem e de seleção, que são decorrentes da interação do mediador (FONSECA, 1997, p. 90).

Assim, a relação mediatizada entre o psicopedagogo e o deficiente intelectual, promove a modificação da capacidade cognitiva do indivíduo, tornando-o capaz de aprender, se desenvolver e, consequentemente, poder atuar de modo ativo na sociedade.

**4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo desta pesquisa foi compreender as contribuições da Psicopedagogia para o processo ensino-aprendizagem do deficiente mental. No desenvolvimento do tema buscamos compreender como se deu a compreensão acerca da deficiência mental no decorrer da história e a entendemos que foi, a partir do desenvolvimento do conhecimento científico sobre a deficiência, que métodos de ensino foram elaborados para a capacitação dos indivíduos visando a inserção dos mesmos em sociedade, de modo a atuarem como cidadãos plenos.

Analisamos que a deficiência intelectual pode ser compreendida como um déficit cognitivo e não como uma incapacidade do indivíduo, o que não o impede à aquisição do conhecimento. Dessa forma, as limitações do deficiente intelectual passam a ser observadas não apenas como dificuldade exclusiva da pessoa deficiente, mas também, como limitações do contexto social que deve buscar e ofertar apoios para a capacitação do deficiente.

Nesse sentido, a Psicopedagogia é um importante apoio para a superação dos limites da deficiência intelectual, tendo como objetivo: auxiliar, capacitar, promover, proporcionar oportunidades ao deficiente, que visem melhorar o seu funcionamento e o seu bem-estar nos diversos aspectos da vida humana.

**REFERÊNCIAS**

AMARO, Keila Pires. **O tratamento do deficiente mental em instituições**: uma análise crítica a partir da psicanálise lacaniana. Dissertação (Mestrado) 165 f. Pontifícia Universidade Católica. Belo Horizonte, 2007.

ARAUJO, O. S. P. **Reflexões sobre a Psicopedagogia clínica e institucional**. Anais: III CELLMS; IV EPGL; I EPPGL. Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Dourados, outubro de 2007.

BÁRBARA, D. C. C.; FERREIRA, A. M.; RODRIGUES, G. M. C. **Atuação do psicopedagogo clínico e institucional em transtornos intelectuais**. Revista Eletrônica Calafiori (online). v. 2, n. 1, nov. 2018, p. 18-36.

DUARTE, Anamaria Harumi Tamanaha. **Intervenção psicopedagógica e deficiência intelectual**: Um estudo de caso sobre a construção do conceito de número. Trabalho de Conclusão de Curso. 56 f. Universidade de Brasília. Brasília, 2015.

FONSECA, Vitor da. **Educação Especial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

KRYNSKI, Stanislau. **Deficiência mental**. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1969.

SANTOS, Teresa Cristina Coelho dos. **Educação Inclusiva**: prática de professores frente à deficiência intelectual. Dissertação (Mestrado). 200 f. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, 2012.

1. Stanislau Krynski foi um dos fundadores da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e teve forte influência sobre o trabalho desenvolvido nas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) – (AMARO, 2007, p. 35). [↑](#footnote-ref-1)